

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**O CENTRO DE CONVIVÊNCIA INVERSO COMO ESPAÇO DE REFERÊNCIA NA  
LUTA ANTIMANICOMIAL**

LINNIKER ARAÚJO CORADO

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Patrícia Pinheiro

BRASÍLIA/DF  
2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**O CENTRO DE CONVIVÊNCIA INVERSO COMO ESPAÇO DE REFERÊNCIA NA  
LUTA ANTIMANICOMIAL**

LINNIKER ARAÚJO CORADO

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao Curso de Graduação  
em Serviço Social da Universidade de  
Brasília como requisito para obtenção  
do título de bacharel em Serviço Social.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Patrícia Pinheiro

BRASÍLIA/DF  
2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

O CENTRO DE CONVIVÊNCIA INVERSO COMO ESPAÇO DE REFERÊNCIA NA  
LUTA ANTIMANICOMIAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da  
Universidade de Brasília como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Banca examinadora:

---

Profª. Patrícia Pinheiro

(Orientadora)

---

Assistente Social Eva Faleiros

---

Psicóloga Dillyan Roriz Machado

BRASÍLIA/DF  
2016

*“ Quando estamos internados, nossas emoções ficam congeladas. A Inverso é o sol que descongela essas emoções”*

*Aranã (Frequentador da Inverso)*

Dedico este trabalho aos meus amados, Vovô Manoelzinho (*in memorian*), Vovó Vivi, Vovô Florindo (*in memorian*), e Vovó Duzinha.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço meus pais Zilmah e Gedson por me darem a vida e por manterem essa vida na medida do possível e da melhor forma possível. Pelas noites mal dormidas, pelo esforço em me proporcionar a melhor educação possível, pelos valores ensinados, pelo aprendizado e pelo exemplo ao qual sempre posso me espelhar. Amo muito vocês!!

Aos meus irmãos, Felipe, Suely e André por serem meus companheiros de jornada e os meus primeiros melhores amigos da vida.

Às minhas tias Clariese e Isabel, por todo o carinho, cuidado e apoio que me deram durante toda a vida.

Diogo, meu amigo mais antigo, por toda cumplicidade, paciência em todos esses anos de amizade.

À Nhaca Wladsla Viviane, por todo o carinho e sentimento que me deposita, por ser um porto seguro na minha vida, por todas as broncas, por todas as latinhas de atum, por todas as senhas salvas na madrugada, por todos os socorros nos momentos que mais precisei, por ter sido uma irmã que a vida me deu.

À Laila, por ser minha amiga e Irmã tanto na vida quanto na espiritualidade. Ora Yê Yê Ô!!!

À Dona Silvia, por ser meu maior exemplo durante a graduação, mesmo que sem saber me deu forças pra continuar seguindo esse caminho árduo e tortuoso que é se graduar. Por todos os bons conselhos que em toda a sua simplicidade se mostraram mais sábios que todo conhecimento acadêmico.

Madalena, Nayaya, Haydée, Baeta, Deca e todas as minhas colegas que também participaram dessa viagem muito louca que é a UnB.

Aos meus amigos Amanda, Alana, Tio Bini, Dani, Juninho pela amizade e companheirismo.

À Dyhane e Bryan, por terem me acolhido em suas vidas, e aberto as portas da sua casa quando eu estive perdido e sem perspectiva, obrigado por todo o carinho e amor oferecido.

A Eva Faleiros, por todo aprendizado durante o período de estagio na Inverso e alem dele.

À Lis por me acompanhar durante minha experiência na Inverso e por todo o conhecimento trocado.

À Dillyan, pela paciência e amizade, pelas risadas e restaurantes japoneses (maníaca do sushi) durante esse tempo. Obrigado por escutar todos os meus mimimis e desesperos da vida. Agradecido!

Aos frequentadores da Inverso, Terezinha, Karina, Sergio, Fabiano, Luiz, Léocadio, Carlos, Aranã, Aranha, Adson e todos os outros que me acolheram e abriram suas vidas e suas historias e me mostraram uma nova visão de vida.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Patrícia Pinheiro, pela paciência durante esse processo árduo, por não ter desistido de mim e sempre ter uma palavra positiva nos momentos de desespero.

À todas as professoras que contribuíram de alguma forma com a minha formação.

À minha família de Santo, principalmente nas figuras do meu babalorixá Helio e meu pai pequeno Domingos, por me acolherem tão ternamente em suas vidas e me guiarem no caminho do Asé. Motumbá!

Finalmente ao meu pai Oxossi, por reinar no meu Ori e em minha vida e fazer dos meus caminhos os mais felizes. Okê Arô! Arolé!

## SUMÁRIO

<b><u>LISTA DE SIGLAS.....</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b><u>RESUMO.....</u></b>	<b><u>10</u></b>
<b><u>ABSTRACT.....</u></b>	<b><u>11</u></b>
<b><u>1. INTRODUÇÃO.....</u></b>	<b><u>12</u></b>
<b><u>2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS .....</u></b>	<b><u>14</u></b>
<b><u>CAPÍTULO I - A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIATRICA NO BRASIL .....</u></b>	<b><u>18</u></b>
1.1. A HISTORICIDADE DA LUTA ANTIMANICOMIAL .....	19
1.2. SAÚDE MENTAL COMO DIREITO .....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
<b><u>CAPÍTULO II - SERVIÇO SOCIAL NA LUTA ANTIMANICOMIAL E O CENTRO DE CONVIVENCIA INVERSO COMO MODELO DE DESISTITUCIONALIZAÇÃO.....</u></b>	<b><u>35</u></b>
2.1. O SERVIÇO SOCIAL E A LUTA ANTIMANICOMIAL.....	36
2.2. O CENTRO DE CONVIVÊNCIA INVERSO COMO MODELO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO .....	44
<b><u>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</u></b>	<b><u>52</u></b>
<b><u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</u></b>	<b><u>55</u></b>



## **LISTA DE SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CECO – Centro de Convivência

CCC – Centro de Convivência e Cultura

COI - Centros de Orientação Infantil

COJ - Centros de Orientação Juvenil

DF – Distrito Federal

GAPI – Grupo de Apoio Pós Internação

HSVP - Hospital São Vicente de Paula

IAPs - Instituto de Aposentadorias e Pensões

ISM – Instituto de Saúde Mental

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MPDFT – Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

MPSMDF - Movimento Pró Saúde Mental do DF

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial da Saúde

PVC – Programa Vida em Casa

RAPS – Rede de Apoio Psicossocial

RT – Residência Terapêutica

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SP – São Paulo

TJDFT – Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios

UF – Unidade da Federação

## **RESUMO**

Este trabalho tem como objeto de estudo a reforma psiquiátrica no Distrito Federal, utilizando como referência o Centro de Convivência INVERSO, uma vez que ela se coloca como ponto referencial na luta antimanicomial na capital federal e região. Sua importância está no fato de que o DF ainda passa por uma dificuldade de implementação da rede de serviços substitutivos seguindo os conceitos da reforma psiquiátrica, assim sendo, a INVERSO fortalece os princípios previstos na reforma psiquiátrica. A ideia de abordagem do tema surgiu durante o período de estágio em Serviço Social (em 2001) feito no referido centro de convivência, o autor se deparou com várias inquietações, que também serviram como base para a elaboração deste trabalho e para a divisão estrutural da pesquisa. Dessa forma, se dividiu em dois capítulos: capítulo I - “Luta Antimanicomial e serviço Social”, que resgata historicamente a luta antimanicomial e a inserção do Serviço Social nessa luta; e o capítulo II - “Marco legal da luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica”, que aborda as características legais da reforma psiquiátrica e apresenta a INVERSO como serviço pioneiro desinstitucionalizante. Por fim, foi possível concluir que a socialização promovida pelo centro de convivência realmente torna esse espaço referência na luta antimanicomial no DF, por devolver humanidade os adoecidos mentais.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica; centro de convivência, inverso, saúde mental, serviço social.

## **ABSTRACT**

This work has as study object the psychiatric reform in Federal District (FD), Brazil, using as reference the Community Center called INVERSO, since it stands as a reference point in the anti-asylum struggle in Brazil's capital and region. Its importance lies in the fact that the FD is still undergoing a network fragmentation process of substitutive services following the concepts of psychiatric reform, therefore, the INVERSO strengthens the principles of this reform. The idea of this theme emerged during the internship period in Social Work (2001) made in the mentioned community center, the author came across several concerns, which also served as a basis for the preparation of this work and the structural division search. Thus, it is divided into two chapters: Chapter I - "Anti-Asylum and Social Work", which historically brings back the anti-asylum struggle and the inclusion of social worker in this contest; and Chapter II - "Legal framework of anti-asylum struggle and the Psychiatric Reform," which addresses the legal characteristics of psychiatric reform and presents the INVERSO as a precursor of non-institution service in her location. Finally, it was concluded that the socialization promoted by the community center really makes this space a reference in the anti-asylum struggle in the Federal District, by returning moisture to the mentally diseased.

Keywords: psychiatric reform; community center, inverso, mental health, social work.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objeto de estudo a reforma psiquiátrica no Distrito Federal e estabeleceu, como recorte do tema, o Centro de Convivência INVERSO, buscando investigar de que forma a INVERSO se insere como ponto de referência na Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal.

No cenário da Reforma Psiquiátrica, a INVERSO se coloca como um ponto de referência na luta antimanicomial. O DF ainda passa por uma dificuldade de implementação da rede de serviços substitutivos que apliquem os conceitos do modelo proposto na reforma psiquiátrica, com um número reduzido de serviços e de recursos humanos.

O interesse pelo tema surgiu durante o período de realização da matéria de estágio supervisionado em Serviço Social realizado na INVERSO, e com a aproximação da área de saúde mental. Logo, aqui também nos referimos a participação dos assistentes sociais na luta antimanicomial. O período de estágio se deu no ano de 2011, sendo precedido por aproximadamente mais um ano de trabalho voluntário, além de envolvimento até os dias atuais em algumas atividades da instituição.

Durante este período, surgiram várias inquietações que serviram como base para a elaboração deste trabalho, uma delas é que a graduação em serviço social não insere em sua grade curricular maior aprofundamento na área de saúde mental, e que a aproximação dos estudantes com a área da saúde está atrelada, quase sempre a um modelo hospitalocêntrico.

Observou-se também o papel fundamental que as assistentes sociais desenvolvem na INVERSO desde a sua fundação, e o seu papel na manutenção desse espaço assim como na luta antimanicomial no DF.

O estágio realizado em um espaço, que apesar de institucional, foge a lógica tradicional das instituições do capital, foi extremamente enriquecedor e foi de suma importância no estímulo de questionar esse modelo vigente. A partir disso, surgiu uma visão crítica e para, além disso, uma militância na área de saúde mental.

Com base nesta experiência e somado ao conhecimento obtido durante a graduação, pretende-se desenvolver nesse trabalho um histórico que apresente a luta antimanicomial e suas nuances, além de apontar como essa experiência na INVERSO pode representar um referencial de luta nessa área.

Trata-se, portanto, de pesquisa qualitativa com base em fontes bibliográficas referenciada na literatura que versa sobre a área do estudo, bem como de documentos relativos ao marco legal da Reforma Psiquiátrica e documentações referentes a INVERSO, produzidos na experiência do Estágio Curricular. Na sequência, apresenta-se um item que trata especificamente da metodologia da pesquisa.

No primeiro capítulo, “Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil”, é feito um breve resgate histórico da luta antimanicomial no Brasil, foi feita também uma apresentação e uma análise do histórico da legislação que garante a saúde mental e sua desinstitucionalização como direito. .

No segundo capítulo, “Serviço Social na luta antimanicomial e o Centro de Convivência Inverso como modelo de desinstitucionalização”, onde é relatado como o serviço social se inseriu na luta antimanicomial e como surgiram as atribuições profissionais nessa área. Foi abordado também como o centro de convivência se insere nesse contexto histórico e, por fim, como pode ser visto como um espaço de referência no contexto de luta antimanicomial no Distrito Federal, por se tratar de um espaço pioneiro e prestar um serviço de portas abertas aos portadores de transtorno mental.

A título de resultados encontrados, podemos identificar, a consonância das atividades e objetivos da INVERSO com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, quando se configura em espaço de convivência entre pessoas, sejam profissionais, estudantes em formação e frequentadores da INVERSO portadores de transtornos mentais. Essa convivência comprova um dos principais corolários da luta antimanicomial que afirma que pessoas com sofrimento mental não precisam ser apartadas da sociedade, trancafiadas, isoladas e mantidas alienadas da realidade, sob o efeito de psicotrópicos. Pelo contrário, são pessoas capazes de relacionar-se em sociedade, pois que o transtorno mental não lhes retira a humanidade, os manicômios, sim.

## 2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Este trabalho está em forma de pesquisa qualitativa, pois este responde a questões muito particulares como o é caso do objeto dessa pesquisa, a INVERSO. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo da realidade social, pois trata da forma de pensar dos indivíduos e por interpretar suas ações a partir da realidade vivida (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa possui um ciclo que foi seguido da seguinte maneira: após a escolha do tema, foi buscado bibliografia que contivesse as informações pertinentes ao desenvolvimento do mesmo. Atenta-se que essa etapa não é necessariamente linear, novas buscas podem ser necessárias a medida que se discorrem sobre os diversos assuntos correlacionados.

Após a escolha do material bibliográfico, foi realizada a análise do material empírico, obtido na experiência em campo durante o período de estagio, e documental, que consistiu em valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que o fundamentou. Foram usadas fontes como o Diário de Campo, documentos, e outras anotações feitas durante a experiência na INVERSO. Além disso o estudo se baseou em 6 tipos de fontes documentais ao todo, totalizando 37 documentos, que foram escolhidos por abordarem o tema da reforma psiquiátrica, atuação do assistente social e legislações. Tais fontes foram distribuídas da seguinte forma (tabela 1):

Tabela 1 – Distribuição das fontes documentais

<b>Tipo de fonte</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Artigo</b>	7
<b>Dissertação</b>	2
<b>Documento oficial</b>	6
<b>Livro</b>	20
<b>Monografia</b>	2
<b>Tese</b>	1
<b>Total geral</b>	37

A teoria social de Marx fundamenta a pesquisa levando em conta a historicidade e os determinantes materiais dos processos sociais, entendendo os

fatos inseridos nesses processos. Foram analisados na pesquisa os fenômenos e as condições sócio-históricas da construção da luta antimanicomial, as relações de dominação e subordinação impostas pela sociedade capitalista, e suas representações sociais.

Skalinski e Praxedes (2003) abordaram a teoria marxista em métodos de investigação em saúde e observaram que não seria adequado analisar o objeto isolado do contexto em que está inserido, já que o mesmo pertence a um contexto sócio-histórico que o constitui. Para esses autores,

Negligenciando-se esse procedimento, não é possível uma correta apreensão do concreto, pois este seria tomado como uma mera soma de dados parciais. Ao contrário, o que o método dialético busca é produzir sínteses de abstrações, investigando a totalidade concreta da realidade, analisando cada fenômeno social como inserido dentro dessa totalidade. Com isso, busca-se captar os fenômenos como concretudes históricas, e não como fatos em si ou apenas ideias sobre os fatos (p. 307).

A teoria marxista está comprometida com um projeto de transformação da realidade social, visando uma ideia global sobre o fato e sua totalidade, estando ela pautada em três aspectos principais: o materialismo dialético, o materialismo histórico e a economia política (TRIVIÑOS, 1992).

Segundo Lefebvre (1983), a pesquisa dialética pode ser dividida em alguns momentos fundamentais e que devem ser realizados ordenadamente. Esses momentos foram seguidos ao longo do trabalho e, para facilitar a compreensão de sua inserção ao objeto de estudo, foi elaborado o quadro (tabela 2) que mostra como se deu a abordagem dialética neste trabalho.

Para Breilh (1991) *apud* Skalinski e Praxedes (2003, p. 310),

o materialismo histórico é o ponto de vista mais objetivo para o conhecimento dos determinantes da deterioração da saúde das maiorias e deve ser fortalecido e implementado para proporcionar uma reflexão crítica e obter ação científica emancipadora. Tal transformação rompe com a ciência neopositivista e seus reducionismos e idealizações, estabelecendo novos vínculos com a classe trabalhadora a partir de uma construção objetiva da realidade.

Desta forma, Skalinski e Praxedes (2003), acreditam que, o pensamento materialista dialético e histórico contribui para o avanço do saber e para a transformação da prática em saúde, por meio de uma cultura livre e não-alienada que favorece o compromisso com as classes subordinadas e da consolidação de um

saber crítico que possa revolucionar o pensamento em práticas sociais, apto a compreender a relação entre o biológico e o social.

Tabela 2 – Quadro explicativo da aplicação metodológica

<b>Momentos da pesquisa dialética</b>	<b>Aplicação dos momentos (passos)</b>
1 - Faz-se necessária a apropriação do objeto de estudo, sendo isso possível por meio da observação ordenada do existente, da análise dos fatos e, por fim, da abstração, os elementos mais simples são selecionados e analisados de forma isolada;	Primeiramente, o objeto de estudo foi sendo analisado a medida que se realizou o estágio em Serviço Social no Centro de Convivência Inverso. Durante esse período, surgiram vários questionamentos que foram colocados em um diário de campo. Tais anotações possuem observações, comentários e falas dos profissionais e frequentadores envolvidos no cotidiano da instituição. Os principais questionamentos foram: qual a importância do serviço social na luta antimanicomial? Quais fatores históricos foram importantes para que ocorresse o processo de a desinstitucionalização? – questões analisadas no capítulo I. Como o centro de convivência Inverso se encaixa nesse processo? – questão analisada ao longo do capítulo II. Tais questionamentos foram inicialmente analisados de forma isolada.
2- Contextualização dos elementos analisados previamente de maneira isolada, pondera-se descobrir a dinâmica material que opera no fenômeno em questão. Para que tal exploração se dê de forma satisfatória, é imprescindível que se faça adequadamente a contextualização histórica do objeto estudando, também que se busque, por meio de um processo de comparação crítica, captar as contradições e os problemas gerados pelas conexões anteriormente relacionadas;	Dando prosseguimento às análises e abstrações, foram levantadas bibliografias que tratassem do contexto histórico da Reforma Psiquiátrica. Foi feita uma contextualização da luta antimanicomial no Brasil e como a INVERSO se insere nessa luta a partir dessa análise histórica. Para que fique clara a trajetória do assistente social e suas atribuições dentro dessa conjuntura.
3 – Após realizar a análise e contextualização do objeto de estudo, bem como suas nuances, é possível estabelecer uma relação entre os fatos, a fim de se obter uma explicação única e coerente, compondo o processo de abstração da síntese;	No presente estudo, a abstração da síntese é feita levando em consideração todos os fatores anteriormente mencionados para compreender como a Inverso e os assistentes sociais que atuam junto a ela estão inseridos no contexto distrital da Reforma Psiquiátrica, em paralelo com a Política Nacional de Desinstitucionalização.
4 – Finalmente, ocorre a verificação empírica do conhecimento alcançado pela abstração realizada na síntese, visando perceber as falhas nas formulações obtidas, para que assim, possa ser produzido conhecimento voltado a intervenção na	Por fim, ao longo de todo este processo, foram levantadas as principais contradições e limitações intrínsecas tanto na luta antimanicomial, quanto na inserção das assistentes sociais nesta luta. Também foram levantadas as divergências existentes



realidade, ou seja, a práxis.	na estrutura da RAPS existente no DF e atuação do serviço social na área de saúde mental existente e assim, foi possível entender como a INVERSO se coloca como ponto de referência na luta antimanicomial no DF.
-------------------------------	---

Compreende-se, portanto, que o método visa às leis de transformação dos fenômenos, onde o sujeito do conhecimento parte do concreto reconstrói em seu pensamento seu objeto de estudo - descobrindo suas variantes, conexões, determinantes - e, posteriormente, insere-o novamente na dinâmica da realidade (SKALINSKI E PRAXEDES, 2003).

O pensamento materialista histórico foi sendo compreendido a medida que os passos da pesquisa qualitativa e dialética descritos anteriormente se desenrolam, revelando os processos sociais envolvidos na construção da luta antimanicomial assim como sua relação com as assistentes sociais no espaço da Inverso

Ressalta-se que essas etapas não são perfeitamente sequenciais, sendo que não é instituído um modelo rígido a ser seguido a qualquer custo, mais sim, uma forma que facilite a produção e complementação das ideias abordadas. Ao mesmo tempo que se trata de uma estrutura sólida, ela é provisória, pois, segundo Minayo (2010), a provisoriedade é inerente aos processos sociais e se refletem nas construções teóricas.

Neste trabalho, as pessoas que atuam em serviço social foram referidas sempre no feminino, uma vez que desde a origem da profissão as mulheres são a maioria.

---

---

## **CAPÍTULO I**

# **A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIATRICA NO BRASIL**

---

---

*Mas como eu posso ser feliz num poleiro?  
Como eu posso ser feliz sem pular?  
Mas como eu posso ser feliz num viveiro,  
Se ninguém pode ser feliz sem voar?*

*(A Carta - Djavan/Gabriel O Pensador)*

## 1.1. A HISTORICIDADE DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Existe um estigma muito grande sobre a loucura. Durante vários séculos, lidava-se com a loucura de uma forma que não se visava o bem estar do adoecido e sim a sua retirada da vida em sociedade com o objetivo de se ordenar o espaço social. Os loucos eram encarcerados em manicômios juntamente com criminosos, desempregados, epiléticos, homossexuais e indigentes, e lá permaneciam em condições desumanas, sendo privados de comida, água, vestimenta e outras necessidades básicas.

Na Europa e América do Norte, nas décadas de 1960 e 1970, incentivada principalmente por Franco Basaglia<sup>1</sup>, psiquiatra italiano, inicia-se uma profunda alteração dos conceitos do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas, voltada para a ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania aos que possuem algum adoecimento psíquico. Com isso, se inicia o movimento da luta antimanicomial, que nasce engendrado pela a Reforma Psiquiátrica, foi “impulsionada por renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria, liberando-a de suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação” (ROTELLI, LEONARDIS E MAURI, 2001).

Basaglia marca o movimento da Reforma Psiquiátrica por defender que o valor do homem, fosse doente ou são, deveria estar além das noções de saúde e doença, e que “a doença mental, assim como qualquer contradição humana, pode ser utilizada como instrumento de apropriação ou de alienação do homem, portanto como meio de liberação ou de domínio”, e desta forma seria preciso “transformar a demanda, a linguagem, reduzida ao saber médico, e torná-la mais rica, própria a pessoas e não a objetos institucionais” (MELMAN, 2001). Sua teoria embasou e determinou significativamente o movimento de reforma psiquiátrica brasileira.

---

<sup>1</sup> Franco Basaglia (1924-1990) era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Ele criticava a postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica. No campo das relações entre a sociedade e a loucura, ele assumia uma posição crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do louco (a internação como modelo de tratamento), sendo, portanto, excludente e repressora (AMARANTE, 1996).

No Brasil, tal movimento data do início da década de 70 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de portadores de transtornos mentais. Esse movimento se insere no processo de redemocratização do país (que culminou na promulgação da constituição de 1988) e na mobilização político-social em vigor nesse período.

Essa luta ganha força e visibilidade após denúncias, tais como:

a violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2005, p. 7).

Segundo Zgiet (2010), as mudanças propostas pela reforma “têm como princípio a substituição dos serviços baseados em leitos psiquiátricos por serviços alternativos, como ambulatorios, oficinas terapêuticas, e outros, voltando para a promoção da cidadania, além do tratamento” (p. 29).

Esse período é caracterizado por uma sequência histórica de acontecimentos que marcaram a sociedade brasileira no final do século passado. Em meados da década de 80, a ditadura militar estava chegando ao fim, a abertura democrática, a efervescência da Reforma Sanitária e dos demais movimentos sociais, todos esses movimentos fortaleceram a discussão sobre os direitos humanos, políticos, civis e sociais. Neste contexto histórico, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM apontava para a necessária reformulação da assistência psiquiátrica no país.

No interior do MTSM, inicia-se um processo de reflexão crítica sobre a questão epistemológica<sup>2</sup> do saber psiquiátrico, “da função social da psiquiatria como estratégia de repressão e ordem social e quanto ao caráter de instituição total do hospital psiquiátrico” (AMARANTE, 2008, p. 739).

Ressalta-se que,

Estudiosos de diferentes culturas dão diferentes definições à saúde mental. Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorealização do potencial intelectual e emocional da pessoa (OPA/OMS, 2001, p. 18).

---

<sup>2</sup> Segundo o dicionário Michaelis, epistemologia é teoria ou ciência da origem, natureza e limites do conhecimento.

Amarante (2009) discutiu as possibilidades de tratar o sujeito como existencial em suas relações e condições concretas de vida, assim como o reconhecimento de suas novas situações, que os transformam em novos sujeitos, com novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.

Com base nesses princípios, a mudança do tradicional modelo assistencial propõe o questionamento da função dos saberes psiquiátricos, implementa a discussão a respeito do processo organizacional dos profissionais de saúde mental, vislumbrando os dispositivos comunitários e da construção de práticas renovadas à atenção como mecanismos transformadores (BALLARIN, CARVALHO E FERIGATO, 2009; TENÓRIO, 2007).

Em outras palavras, o modelo hospitalocêntrico<sup>3</sup> e asilar, que foi utilizado como base para o isolamento e tratamento do louco até a primeira metade do século XX, vêm sendo superado, gradativamente, há cerca de quarenta anos no Brasil.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (Brasil, Ministério da Saúde, 2005, p. 6).

Para Amarante (2009), a reforma psiquiátrica é um processo social complexo, pautada no princípio da desinstitucionalização, sendo ela uma articulação multidimensionada, simultânea e inter-relacionada. Esse processo deve ser discutido em quatro dimensões: epistemológica, ou teórico-conceitual; técnico assistencial; jurídico-política e sociocultural. Dessa forma, não é possível falar em desinstitucionalização sem falar, não apenas da desospitalização, mas da desconstrução do modelo que se encontra centrado na doença e no erro e, assim, reconstruir saberes e práticas.

---

<sup>3</sup> Modelo baseado no hospital como centro clínico, onde a internação é fundamental para o tratamento de enfermidades.

A experiência mais conhecida de desinstitucionalização foi a italiana que aconteceu na cidade de Trieste, experiência que foi essencial para pôr em prática os conceitos que estavam sendo reformulados. Essa prática surgiu a partir de 1970, quando Basaglia foi nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste, iniciou o processo de fechamento daquele hospital psiquiátrico. Assim, ele promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamadas por ele de "grupos-apartamento") para os loucos (AMARANTE, 1996).

No ano de 1973, a OMS credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental. Tendo essa experiência como base, inicia-se a reforma psiquiátrica no Brasil, tendo como estopim o "movimento sanitário", que age em favor de uma mudança no modelo dos serviços prestados e no protagonismo dos usuários e profissionais nos processos de gestão e produção de metodologias de cuidado.

No Brasil, no final dos anos 1970, o MTSM surgiu, a partir de um movimento plural que envolvia trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental e passa a protagonizar a luta antimanicomial. Esse movimento faz várias denúncias de violência e mercantilização da loucura que acontecia na rede privada e pública de manicômios.

Inspirados pela desinstitucionalização italiana começa-se um movimento de rompimento com antigo modelo. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Ainda neste ano aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro).

A década de 1980 é marcada pela evolução desse movimento, como, por exemplo, o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, na cidade de São Paulo. Nesse mesmo período, também é implementado no estado, na cidade de Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, que funcionavam 24 horas. São criadas também cooperativas e residências para os egressos do Hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, local aonde haviam vários tipos de maus-tratos e até mesmo morte de pacientes.

No final da década de 1980 dá entrada no Congresso Nacional um projeto de lei promulgado pelo deputado Paulo Delgado que propõe a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos pelo país. É criado também o Sistema Único de Saúde - SUS, formado pela articulação entre as gestões federais, estaduais e municipais.

Inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado (que será melhor tratado no capítulo II), movimentos sociais de vários estados brasileiros conseguem aprovar as primeiras leis que determinam o fechamento progressivo dos leitos psiquiátricos, ligados a uma rede integrada de saúde mental a partir do início da década de 1990. A partir desse momento, a reforma psiquiátrica ficou atrelada a políticas do Ministério da Saúde e começa a ganhar uma forma mais definida.

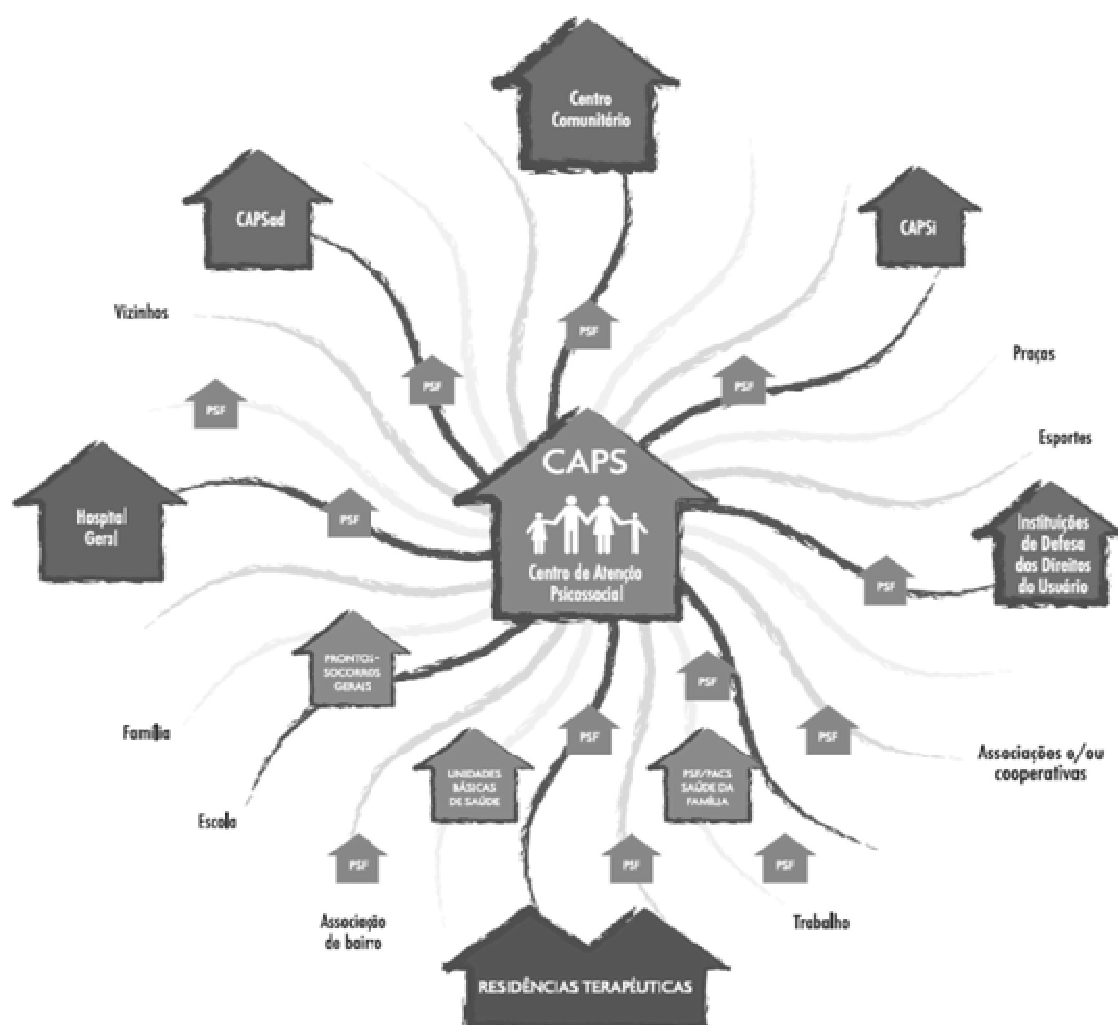
É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas<sup>4</sup> e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, Ministério da Saúde, 2005, p. 8).

Com o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciaram-se a criação de redes de serviços substitutivos à internação psiquiátrica ao longo de todo o território nacional. Dentre esses serviços, destacam-se os Hospitais Dias, as Unidades Básicas de Saúde (UBS's), os Programas de Saúde da Família (PSF's), as Residências Terapêuticas, os Núcleos de Assistência Psicossociais - NAPS's, as cooperativas de trabalho, os Centros de Atenção psicossocial (CAPS) e os Centros de Convivência e Cultura.

A figura abaixo (figura 1) ilustra como os serviços substitutivos em saúde mental se inter-relacionam, formando a Rede de Apoio Psicossocial - RAPS.

---

<sup>4</sup> Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas



Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

**Figura 1 – Rede de Apoio Psicossocial**

Assim como é possível perceber na figura acima e de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, a RAPS se baseia na implantação dos CAPS/NAPS, eles são tidos como centrais na utilização dos serviços substitutivos, sendo descritos como:

Um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que os impossibilita viver e realizar seus projetos de vida (BRASIL, 2004, p.15).



De acordo com a Portaria 336/2005, eles possuem 5 (cinco) diferentes tipos de categorias, descritas a seguir (tabela 3):

**Tabela 3** – Descrição dos tipos de CAPS

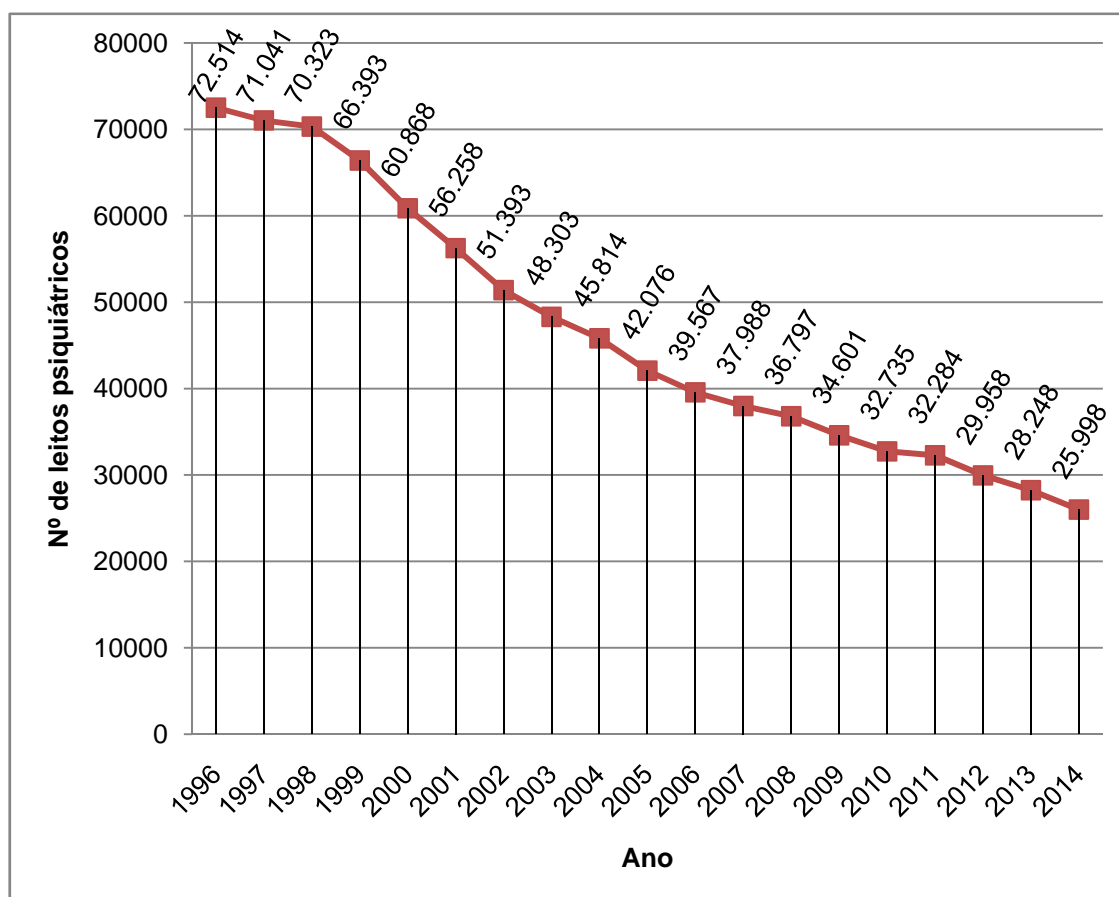
<b>TIPOS DE CAPS</b>	
<b>CAPS I</b>	Deve ser instalado prioritariamente em locais com população entre 20 mil e 70 mil habitantes, deve funcionar de 8h às 18h, nos cinco dias úteis da semana. Por serem de menor porte, tem a capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.
<b>CAPS II</b>	É referência para uma população entre 70 mil e 200 mil habitantes e pode funcionar em um terceiro turno até às 21h, ao longo dos dias úteis da semana. Por serem de médio porte, tem capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês.
<b>CAPS III</b>	Deve se instalar em cidades com população superior a 200 mil habitantes e seu o funcionamento deverá ser contínuo, durante as 24h do dia, incluindo feriados e finais de semana. Estes serviços tem capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês
<b>CAPSi</b>	Especializados no atendimento de criança e adolescentes com transtornos mentais e são equipados geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês.
<b>CAPad</b>	Especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200 mil habitantes. Funcionam durante os cinco dias da semana e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês

**Fonte:** Secretaria de Estado de Saúde do DF, 2009.

Entre 2001 e 2005, houve um avanço significativo no processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica. Tal avanço se deu com a implementação de mecanismos para a redução de leitos e o

aumento de oferta de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005)

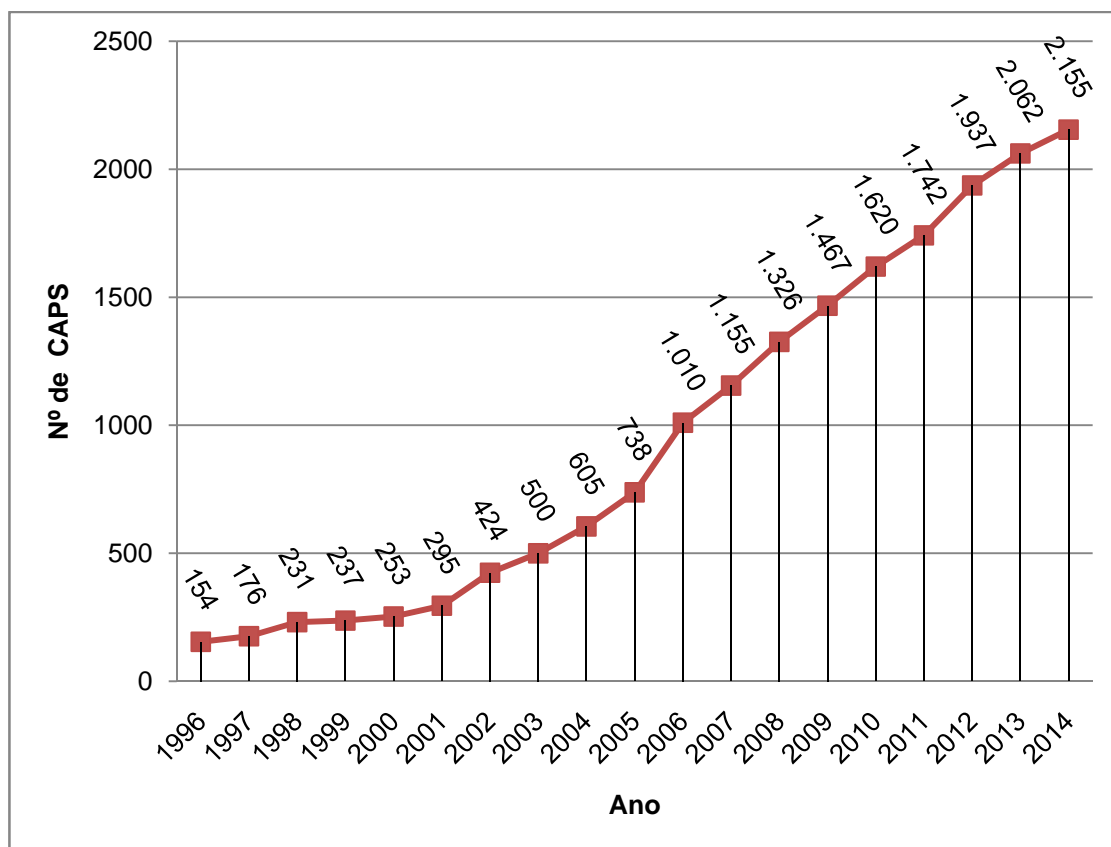
Essa política pode ser claramente percebida nos gráficos a seguir (figuras 2 e 3)



**Figura 2** – Série história do número de leitos de 1996 a 2014

**Fonte:** DataSUS, 2002 e Ministério da Saúde, 2014

Na década de 70, o país chegou a ter mais de 100 mil leitos psiquiátricos, porém, como fruto da política oficialmente instituída pelo Estado, a partir do de 2001-ano em que começa a vigência da lei 2.216 - a desinstitucionalização está sendo difundida em todo território nacional, reduzindo os leitos psiquiátricos de 72.514 em 1996, para 25.998 em 2014, redução de 36% em 18 anos, segundo os dados oficiais do governo (DATASUS, de 1996 a 2002, Ministério da Saúde, de 2003 a 2014), como podem ser observados na figura 2.



**Figura 3** - Série histórica do número de CAPS de 1996 a 2014 **Fonte:** CGMA, jan/2014.

Outros números que dão mostras das significativas reformulações na assistência em saúde mental é o aumento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) cadastrados junto ao Ministério da Saúde. Na figura 3, observa-se aumento expressivo do número de CAPS entre os anos de 1996 (154) a 2005 (738), aumento de quase 480% em 9 anos. Enquanto que o aumento entre os anos 2006 (1.010) a 2014 (2.155), apresentou aumento de 213% em 8 anos. O acréscimo total de CAPS às RAPS no Brasil representou um total de 1400% nos anos analisados. (MACHADO, 2014)

Contudo, no que se refere ao DF, temos atualmente o menor índice nacional de cobertura de atendimento de CAPS, marcando o valor de 0,25<sup>5</sup>, considerado um indicador baixo. A Paraíba é a UF que possui o indicador mais elevado no país, de 1,27, o que nos dá a dimensão da discrepância entre o primeiro e o último colocado.

<sup>5</sup> Segundo pesquisa realizada por MACHADO (2014). Não foram encontrados relatórios recentes que demonstrem alterações no índice até o momento de finalização desse trabalho.

Esse índice leva em consideração o número de CAPS no território para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2012).

A tabela a seguir (tabela 4), mostra todas as modalidades de CAPS existentes no DF e a sua quantidade, em comparação a quantidade projetada, de acordo com o Plano Diretor de Saúde Mental de 2010 e dados recentes fornecidos pela própria Secretaria de Estado de Saúde do DF (2015) e o Movimento Pró Saúde Mental do Distrito Federal - MPSMDF (2013).

Tabela 4 – Total e tipo de CAPS criados e total projeto

<b>Tipo de CAPS</b>	<b>Quantidade</b>
<b>CAPS I</b>	1
<b>CAPS II</b>	3
<b>CAPS III</b>	1
<b>CAPS i</b>	1
<b>CAPS ad</b>	5
<b>CAPS ad III<sup>6</sup></b>	2
<b>CAPS ad i III<sup>7</sup></b>	2
<b>Total criado</b>	<b>15</b>
<b>Total projetado</b>	<b>46</b>

Segundo esta tabela, o número de CAPS criado está muito aquém do total projetado pelo Plano Diretor, reforçando a falta de centralidade no sistema de saúde mental do DF.

Em 2012, segundo o Ministério da Saúde, existiam 776 Residências Terapêuticas - RT's funcionando em todo o Brasil, mas no DF possui nenhuma em funcionamento, demonstrando um profundo atraso em relação aos demais UF's, além de um descaso e demora também no processo de reinserção social desses indivíduos.

No DF, o Plano Diretor de Saúde Mental de 2010, prevê a implantação de 15 RT's, O MPSMDF (2013) relata que há mais de 10 anos vem sendo planejada a

---

<sup>6</sup> Atende adultos acima de 18 anos com uso nocivo (abuso/dependência) de álcool ou outras drogas, com funcionamento 24h, ininterruptos.

<sup>7</sup> Atende adultos até 18 anos incompletos com uso nocivo (abuso/dependência) de álcool ou outras drogas, com funcionamento 24h, ininterruptos.

inauguração desse serviço, contudo, a dificuldade relativa aos trâmites burocráticos tem impedido sua concretização.

Zgiet (2010) e Machado (2014), ao fazerem apontamentos sobre o sistema de saúde mental no DF, perceberam que a RAPS se encontra fragilizada, por não possuir quantidade adequada de CAPS. Essa ideia é reforçada por meio do estudo e levantamento feito pelo Plano Diretor de Saúde Mental do DF, realizado em 2010, que informa que a concentração dos cuidados mentais está no HSVP, uma vez que não existem serviços substitutivos suficientes, ou seja, a rede de saúde mental do DF ainda continua promovendo a prática tradicional hospitalocêntrica, além de possuir problemas também com a gestão de seus recursos. Faz-se necessário adequar esta rede, que ainda está em construção.

Essas autoras, ainda acrescentam que o obstáculo maior que impede o fortalecimento da RAPS distrital é o fato de possuir extrema burocracia para a inserção dos serviços substitutos, somados a falta de vontade política para facilitar o diálogo entre instituições. É perceptível que o DF também não mantém uma apropriação do aparato legal existente em saúde mental. Há legislação a nível nacional, mas não há uma discussão de forma categórica e enfática que a implemente no território distrital, devido as suas particularidades administrativas.

Por mais que haja esforços, fica claro que o DF ainda tem um processo de desinstitucionalização bastante fragilizado, contrariando a lógica nacional. Ainda não é possível extinguir o hospital psiquiátrico, pois criaria um caos generalizado e esses sujeitos, já fragilizados, ficariam desassistidos, não havendo outros serviços que possam ampará-los eficazmente. Desde a sua concepção por Basaglia, a ideia seria uma desinstitucionalização progressiva, não imediata e desestabilizada, ela deve ocorrer a medida que a rede de serviços substitutivos seja construída e fortalecida, que não é a realidade da capital federal.

Diante dessa conjuntura, a existência de um centro de convivência assume grande importância no Distrito Federal. Segundo o relatório do Movimento Pró Saúde Mental do DF – MPSMDF:

A instalação das residências terapêuticas no DF vem esbarrando, ao longo dos últimos 10 anos, em questões de diversas ordens, mas todas têm como pano de fundo mais uma vez, a dificuldade relativa aos trâmites burocráticos. Já houve algumas tentativas, nas duas últimas gestões de

saúde mental, de implantação destes serviços. Na atual gestão, inclusive, foi criado um grupo de trabalho para elaboração do projeto das SRTs e acompanhamento da implantação (2013, p. 25).

## 1.2. SAÚDE MENTAL COMO DIREITO

A luta pela reforma psiquiátrica teve três pontos altos: a primeira é a crítica ao modelo hospitalocêntrico, que ocorreu de 1978 a 1991, a implantação da rede extra-hospitalar, entre 1992 e 2000, e a reforma psiquiátrica depois da Lei Nacional entre 2001 e 2005. A lei 10.216/2001<sup>8</sup> redireciona a assistência em saúde mental e privilegia o tratamento em bases comunitárias.

No ano de 1987, surge o primeiro CAPS. Com isso houve um início de intervenções que mostraram que havia possibilidades de se criar uma rede de cuidados efetiva e substitutiva ao hospital psiquiátrico, um exemplo disso foi o que aconteceu no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta (SP) em 1989.

Houve uma intervenção nesse hospital que já tinha um histórico de maus tratos e mortes de paciente. Essa intervenção teve repercussão nacional, mostrando que essa rede de cuidados era possível e essencial. Nesse período, também é implementado no município de Santos os NAPS, que funcionavam 24 horas, cooperativas e residências para as pessoas regressas de longos períodos de internação. Essa experiência se torna um marco na reforma psiquiátrica brasileira.

Em 1988, surge o Sistema Único de Saúde – SUS que é gerido por articulações entre gestão federal, estadual e municipal, sob o controle social através dos Conselhos Comunitários de Saúde. No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional, o projeto de Lei Paulo Delgado que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Com essa lei se inicia a luta antimanicomial no campo legislativo.

---

<sup>8</sup> A lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; as recomendações da III Conferência de Saúde Mental, ocorrida em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001; e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, que buscam construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais.

Em 1992, os movimentos sociais conseguem aprovar em vários estados as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção a saúde mental.

A década de 90 é marcada por dar um contorno a luta de reforma psiquiátrica, principalmente após o Brasil assinar a Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, assim passam a ser regulamentadas as primeiras normas federais para a implementação de serviços de atenção fundadas nas experiências dos CAPS, NAPS e hospitais-dia, além de normas para classificação e fiscalização dos hospitais psiquiátricos.

Mesmo com tantos avanços e com o funcionamento de 208 CAPS, 93% dos recursos são destinados a hospitais psiquiátricos.

Somente após 12 anos tramitando e com modificações, a Lei Paulo Delgado é sancionada em 2001. Assim, a lei federal 10.216 entra em execução e redireciona a assistência em saúde mental para o tratamento em uma base comunitária, e dispõe sobre os direitos das pessoas com transtorno mental.

Nesse mesmo período da aprovação da lei, ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Com maior sustentabilidade e visibilidade do movimento linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Diante da promulgação da lei 10.216 de 2001 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a se consolidar, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Nos primeiros anos da década de 2000, surgem, na III Conferência Nacional de Saúde, o programa de Residências Terapêuticas, que são casas localizadas em espaços urbanos para abrigar pessoas acometidas de transtornos mentais graves vindas de longas internações em hospitais psiquiátricos ou não e ajudar o morador em seu processo de reintegração à sociedade.

As residências terapêuticas estão sendo “lentamente implantadas no Brasil” com o objetivo de reconstruir a identidade social e os direitos humanos perdidos

durante longos períodos de internação de pacientes com transtornos mentais (USP, 2014).

Segundo Moll (2014), na década de 90, prioriza-se a criação de redes de serviços extra-hospitalares. Elas deveriam oferecer assistência em saúde mental aos pacientes que estavam em processo de desospitalização e também de desinstitucionalização. Já os STR's vão além e oferecem novas oportunidades àqueles que passaram desses estágios.

Os primeiros CECO's no Brasil surgiram na cidade de São Paulo no final da década de 1980, compondo a rede municipal de atenção à saúde mental, tendo em vista a reabilitação psicossocial dos usuários dessa rede e suas reinserções sociais. Com isso, surgem ligados à reforma psiquiátrica e a rede complementar e paulatinamente substitutiva aos mecanismos tradicionais manicomiais. A proposta desde o início é de inovar na forma como as pessoas e os usuários se relacionam, propondo uma alternativa ao tratamento proposto pelas instituições psiquiátricas (GALLETTI, 2004).

O projeto de criação destes Centros teve início com uma experiência em 1989, no Parque Chico Mendes, na cidade de São Paulo e foi oficializado no início de 1990, por portaria inter-secretarial entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), de Serviços e Obras, através de seu Departamento de Parques e áreas Verdes (DEPAVE), e de Educação.

De acordo com Lopes e Leão (2002), até o final de 1992, 18 Centros de Convivência e Cooperativa (como eram chamados até o referido ano) estavam em funcionamento na cidade de São Paulo.

Para Soares (2011, p. 2), os Centros de Convivência estão:

(...) ocupando papel estratégico no Projeto de Saúde Mental, os Centros de Convivência têm se colocado como lugar coletivo que se constrói para fazer caber e circular a diferença, para acolher a diversidade de modo singular, escapando aos "standards" e às formas acabadas de pensamento, o que possibilita aos sujeitos se perceberem criativos e protagonistas de suas histórias.

Os Centros de Convivência e Cultura foram definidos pela Portaria 396/2005 como "dispositivos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas espaços de sociabilidade, produção e intervenção



na cidade” (BRASIL, 2005) e, posteriormente pela Portaria nº 3.088 de 2011 como “unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade”( BRASIL, 2011) .

Em 2005, sua implementação passou a ser recomendada pelo Ministério da Saúde, pela Portaria nº 396/2005 para aquelas cidades cuja população estivesse acima de 200 mil habitantes e contando com serviços de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) em funcionamento, porém, em meados de 2011 esta portaria foi suspensa, segundo Cambuy (2010), por questões políticas não esclarecidas, e, desde então é possível encontrar apenas uma definição de Centro de Convivência e Cultura na Portaria 3.088/2011, como sendo,

(...) estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Nestes locais, pessoas de uma determinada comunidade têm a liberdade de se reunirem livremente, com a finalidade de se socializarem e, através desta convivência, construir juntas, espaços de trabalho, lazer, cultura, saúde, entretenimento, inclusão social, discussões e posicionamentos sobre problemas de sua comunidade (FERREIRA, 2014).

Uma das características que torna diferenciada a existência deste espaço é o fato de ser um espaço que permite a livre participação de grupos de pessoas muitas vezes discriminados pela sociedade, como: dependentes químicos, pessoas com deficiência, idosos e pessoas acometidas de transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Outra característica também pertinente a este trabalho que, diferentemente dos serviços em geral, os Centros de Convivência e Cultura geralmente não fazem um controle de seus participantes através de prontuários ou lista de frequência, o que o torna, legalmente, um espaço livre e de participação voluntária.

Na atualidade, segundo Machado (2014), a RAPS no DF e os serviços em saúde mental passam por um processo de sobrecarga. Devido ao baixo numero de CAPS em saúde mental, o serviço não é territorializado, e por conta disso a área de abrangência é bem superior ao que deveria assistir. A sobrecarga nesse serviço –

que atende uma demanda bem maior que a sua estrutura – dificulta o trabalho dos profissionais e dificulta também a sua articulação com a rede.

O MPSMDF (2013), aponta que o déficit ocorre não somente nos serviços do CAPS, mas em toda a rede de saúde mental do DF. O que acaba dificultando o processo de desinstitucionalização como um todo. Além disso o processo de extrema burocratização dos processos de instalação, manutenção e aprimoramento dos serviços acaba sendo usado pelos governantes como barreiras para a implementação desses serviços.

Além disso devido a burocratização o DF ainda não tem implementado o serviço de RT's, Serviço esse já implementado em vários outros estados brasileiros. Devido a ausência dessas RT's as pessoas continuam institucionalizadas por não terem para onde ir. Dentre essa continuação da institucionalização, as pessoas são enviadas para o Lar Abrigo que se localiza no Instituto de Saúde Mental. (MACHADO, 2014)

Dentro dessa rede temos também o Hospital São Vicente de Paula - HSVP, que é a instituição em saúde mental mais antiga do DF, mas ainda carrega características manicomiais e hospitalocêntricas.

O HSVP é a única emergência psiquiátrica no DF. Conta com dois programas de acompanhamento de seus usuários: o Programa Vida em casa – PVC e o Grupo de Apoio Pós Internação – GAPI. O primeiro é um programa de acompanhamento domiciliar e o segundo é responsável pelos usuários pós-internação, mas, na maioria das vezes, esse acompanhamento se dá apenas por contato telefônico. (MACHADO, 2014)

Como podemos ver a demanda por serviços na área de saúde mental é significativa. Por isso a criação e manutenção das RAPS é de suma importância. No DF o que vemos na atual conjuntura é uma RAPS fragilizada e fragmentada, em que os serviços estão sobrecarregados e a comunicação entre a rede é precária.

É nesse contexto de uma RAPS fragilizada que a INVERSO se insere como uma proposta a mais de atenção e suporte a esses usuários do serviço de saúde mental.

---

---

## **CAPÍTULO II**

### **SERVIÇO SOCIAL NA LUTA ANTIMANICOMIAL E O CENTRO DE CONVIVENCIA UNVERSO COMO MODELO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

---

---

*“O mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. (...) Natureza da gente não cabe em nenhuma certeza.”*

***João Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas***

## **2.1. SERVIÇO SOCIAL E CIDADANIA**

A profissional de serviço social se enquadra nessa luta por meio de suas competências: teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, que foram adquiridas ao longo da construção histórico-política da profissão no Brasil. Desde sua concepção, a intervenção da/o assistente social esteve envolvida com questões de saúde e bem-estar social. Ademais, o novo conceito de saúde incorpora, no rol de intervenção da profissional de serviço social, atuação regulamentada por dispositivos nacionais e instrumentais próprios da profissão. Assim sendo, a profissional, diante do exposto, atua nas mais diversas áreas da saúde, dentre elas, a saúde mental.

Para situar a profissão da forma como se apresenta nos dias de hoje, primeiramente deve-se fazer um resgate histórico de como se construiu a atuação do assistente social na área de saúde mental, e quais foram os processos pelos quais a profissão e seus profissionais tiveram que passar dentro desse contexto histórico.

O serviço social no Brasil tem em sua gênese o objetivo de intervir na questão social para amenizar a relação existente entre capital e trabalho. Insere-se nesse contexto no brasileiro a partir do processo de industrialização, quando grande número de trabalhadores começa a migrar para as cidades e proximidades das fábricas, localidades sem infraestrutura e saneamento, aumentando, assim, as expressões da questão social.

Apesar de se terem registros datando a inserção do serviço social em hospitais psiquiátricos como sendo em 1946, de forma ainda pouco expressiva, não se visava como prioridade a garantia de direitos nessa área, a saúde mental tinha em sua base a higienização social, assim defendendo os interesses das classes dominantes com o objetivo de que as pessoas com adoecimento mental continuassem internadas em hospitais psiquiátricos (LUZ e VOLPATO, 2007).

As primeiras práticas em serviço social nessa área se deram dentro dos Centros de Orientação Infantil (COI) e os Centros de Orientação Juvenil (COJ) ainda em 1946. E foi essa experiência que iniciou a prática do serviço social clínico. Nos anos que se seguiram a representatividade de assistentes sociais não era

significativa devido ao baixo número de profissionais atuando nessa área (BISNETO, 2007).

A atuação do serviço social nesse período é caracterizada por uma ação meramente burocrática e assistencialista. As informações contidas nos relatórios sociais, em muitos casos, serviam para legitimar as internações e objetivar a continuação dessa lógica hospitalizante, sem nenhum compromisso com a reinserção desse indivíduo de volta ao seio familiar ou a sociedade. Segundo Vasconcelos (2000), se deu na porta de entrada dos hospitais,

(...) aos médicos, e à direção da instituição, atendendo prioritariamente as suas demandas por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com os familiares para preparação para alta, de confecção de atestados sociais e de realização de encaminhamentos, em um tipo de prática semelhante, porém mais burocratizada e massificada (...) (VASCONCELOS, 2000, p. 187).

Com o afastamento da igreja católica e de práticas filantrópicas o serviço social buscou se profissionalizar e reordenar sua base de legitimação e aproximação do Estado. De tal modo, ocorre um movimento de instrumentalização e técnicas compatíveis com o desenvolvimento capitalista que estava ocorrendo nesse período. O serviço social encaixou-se, com isso, na lógica do estado autocrático e sua relação capital/trabalho, reproduzindo o binômio repressão x assistência (ROCHA 2012).

Após o ano de 1964, o governo da ditadura promoveu uma reformulação no sistema de saúde, incorporando os hospitais da rede do Instituto de Aposentadorias e Pensões – IAPs ao INPS. Com um discurso de modernização e racionalização que mudou o quadro da saúde no Brasil (BISNETO, 2007).

O número de hospícios no Brasil aumentou bastante devido a privatização do atendimento médico, com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada, que recebia pagamento pelo INPS.

O estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado [...]. A doença mental torna-se definitivamente objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre sim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações da rede hospitalar. (AMARANTE, 1994 pag. 79)

Com a privatização da saúde, abrem-se inúmeras clínicas psiquiátricas particulares que eram pagas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência – INAMPS. Esse movimento de privatização reflete na profissão, pois se amplia o mercado de trabalho das assistentes sociais. Isso se concretiza no início da década de 1970 como uma exigência do próprio órgão sobre equipes de atuação nessa área. (ROCHA 2012).

Nos anos setenta aconteceu a inserção do serviço social em hospitais psiquiátricos por exigência do INPS. Com o planejamento e normatização do estado finalmente se começa a ter uma atuação expressiva de assistente sociais na área psiquiátrica, apesar de essa ação só ocorrer por obrigatoriedade e as condições de trabalho ainda serem precárias e sem funções definidas (BISNETO, 2007).

O grande problema desse período era que o foco do governo não era sobre o tratamento dos adoecidos, e sim sobre o controle social. A miséria, o desamparo e a pobreza quando expressões sociais questionavam o modelo de governo, ainda mais depois das privatizações promovidas pelo próprio estado. Assim, o assistente social veio como executor terminal de políticas públicas, sustentando, mais uma vez, sua contradição histórica de uma demanda das elites para atender as classes mais baixas da sociedade. Tornando-se, outra vez, amenizador das expressões da questão social.

Ademais nesse período, juntamente com alguns profissionais da área da saúde psiquiátrica com visão social de esquerda, trabalhavam na elaboração de políticas públicas. Esses técnicos ajudaram na elaboração de portarias de cunho inovador no ministério da previdência e assistência social, com um atendimento mais humanizado. Os assistentes sociais contribuíam para que essas políticas fossem objetivadas.

Segundo BISNETO, (2007 pag. 26)

A entrada de assistentes sociais no sistema de Saúde Mental obedece à mesma lógica que modificou o quadro de atuação do serviço social como um todo no Brasil após 1964: a modernização conservadora dos aparatos de Estado, com oferta de serviços médicos e assistenciais estendidos aos trabalhadores, a centralização do controle desses serviços através da unificação dos diversos institutos e caixas de previdência das diferentes categorias profissionais, visando desmobilizar as categorias mais combativas pela uniformização dos serviços, buscando legitimação para a ditadura militar, instalando o capitalismo monopolista dependente e os

métodos de gerencialidade nos serviços públicos (e não apenas nos processos industriais de então, pois a lógica do desenvolvimento industrial do Brasil, visado pela ditadura foi entendida para a área da saúde).

Nesse período, os serviços dos assistentes sociais eram comandados pelo grande capital e o Estado autocrático burguês, que a partir de 1967 reformula as estruturas dos aparatos governamentais através dos quais se interfere na questão social (NETTO, 1991).

Dessa forma, devido ao grande número de trabalhadores caindo em adoecimento mental, como provável resultado das precárias condições de trabalho durante a fase de expansão do capitalismo, muitos deles recorrendo à previdência em busca de benefícios como aposentadorias e pensões. Deste modo, o governo da ditadura militar usou o serviço social para legitimar esse estado autoritário, principalmente na área de saúde mental quando o serviço se estendeu também para os familiares dos trabalhadores.

Esse sistema começou logo a apresentar suas contradições, visto que era conflitante um estado baseado em previdência social financiar clínicas privadas de atendimento psiquiátrico. Alimentar a acumulação capitalista estava em choque com os altos custos da previdência social. Portanto, o serviço social entrou na saúde mental como mais uma das medidas de controle do sistema saúde-previdência (BISNETO, 2007).

Nos anos 1970, o serviço social passou por um movimento de reconceituação que colocou em confronto a problemática da forma como se dava essa inserção dos profissionais na área de saúde mental. As práticas de atuação dos profissionais da área de saúde mental entravam em discordância com as novas teorias em serviço social.

Nesse contexto, a atuação do serviço social é marcada por uma indefinição teórica, pois a atuação na área de saúde mental é marcada por uma forte tendência a subjetividade, recaindo-se, quase sempre, sobre a psicologização das relações sociais e tendo dificuldades em responder às crescentes expressões da questão social. Ainda estando também fortemente subordinada a lógica de subordinação do Estado (ROCHA 2012).

A teoria social de Marx nos debates e construções dos profissionais que atuavam nessa área ainda era insuficiente para abarcar as questões da subjetividade no cuidado ao sujeito singular. A psicanálise também não abarcava essa questão, pois no Brasil a atuação do serviço social se depara com a extrema pobreza resultante do reflexo da relação capital/trabalho. A fenomenologia e o desenvolvimentismo também não propunham uma solução, pois em seus conteúdos não propunham soluções adequadas à problemática social contida no tema da loucura.

Nos anos oitenta, a discussão crítica no serviço social pós Movimento de Reconceitualização<sup>9</sup>, somando-se ao movimento da Reforma Psiquiátrica, alavanca um debate no serviço social atuante na área de saúde mental, que fortalece uma perspectiva crítica e propõe transformações sociais nessa área (BISNETO, 2007).

Com o movimento de reforma psiquiátrica, surgem novas variáveis que afetam diretamente o serviço social. O movimento de desinstitucionalização propõe que esses hospitais sejam analisados como um todo. Isso combina com a nova perspectiva do serviço social baseado na práxis e na análise institucional.

O envolvimento de profissionais de diversas áreas atuantes na saúde mental, incluindo também profissionais do serviço social, suas aproximações teóricas e envolvimento no movimento de desinstitucionalização, que veio de influências europeias e norte-americanas, começou a se organizar e surge o MTS, que organizava congressos regionais e até em nível nacional, o que originou o Movimento de Reforma Psiquiátrica do Brasil.

Nesse período que finda a ditadura militar e ocorre um movimento de avanço do pensamento neoliberal no país. A contracultura foi contida pelo consumismo, pelos mercados globalizados e pelo individualismo do consumismo. A economia de

---

<sup>9</sup> Movimento de renovação do serviço social no Brasil, e também na América Latina, surge em meados dos anos de 1960 a partir de uma perspectiva de crítica ao serviço social tradicional, esse movimento representa, justamente, a erosão do *ethos*. Tradicional da profissão e a busca de novas bases teóricas, metodológicas e técnico-operativas para o serviço social. NETTO (1991) ainda ressalta “estágios” desse movimento, são eles: a perspectiva modernista, que aproxima a profissão do positivismo; a reatualização do conservadorismo com a aproximação da fenomenologia; e por fim a intenção de ruptura que trás a perspectiva crítica a partir da aproximação com a tradição marxista e marxiana. Para aprofundar no debate sobre o movimento de renovação do serviço social olhar NETTO (1991).



mercado acha-se atada pelo capitalismo monopolista, expressão mais atual da sociedade burguesa (BISNETO, 2007). Paralelo a esse momento histórico, o movimento de reforma psiquiátrica, impulsionado pela criação do SUS, sofre influências de inúmeras correntes teóricas no contexto da saúde mental.

Segundo Bisneto, o movimento de reforma psiquiátrica vai coincidir com várias questões que estão presentes no debate da profissão, tais como: a necessidade de transformação paulatina das instituições psiquiátricas e de assistência social, reforço da característica política da assistência social e da assistência psiquiátrica, a importância da interdisciplinaridade e a horizontalidade das relações de poder entre profissionais da saúde e usuários. (BISNETO, 2007)

No início dos anos noventa os avanços do Movimento de Reforma psiquiátrica permitiram uma melhoria sobre serviços psiquiátricos alternativos a internação. O foco de atenção deixa de ser a patologia e passa a ser o sujeito no seu espaço de vida. Com a implementação de tais serviços, a atuação do serviço social começou a ser mais abrangente, saindo apenas da área da internação e indo também para serviços alternativos, como os Centros de Atenção Diária – CAD; Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental – CAIS; CAPS; NAPS; hospitais dia; oficinas terapêuticas; clubes de convivência; moradia assistida; dentre outros programas (BISNETO 2007).

Apesar de toda essa abertura para a atuação do serviço social nessa área, ainda existiam algumas barreiras a serem enfrentadas, por conta dos assistentes sociais não terem formação para atuar entendendo a loucura em toda a sua expressão e em seu contexto histórico e social. Além de que a categoria psiquiátrica ainda era heterogênea e não tinha uma visão hegemônica sobre esse processo de desinstitucionalização.

A reformulação política no Brasil, e a consolidação do SUS trazem importantes mudanças no foco de atenção aos doentes mentais, trazendo também mudanças na compreensão da prática profissional nessa área de atuação. A área da saúde passa a ser o maior campo de trabalho do serviço social. Passou-se a entender, a partir da nova conceituação de saúde, que ela vai além da dimensão da doença-cura – rompendo, assim, a lógica hospitalizante – como é proposto pela reforma sanitária.

A patologia passa a ser somente um dos pontos de tratamento, passando a se tratar também o sujeito como um ser inserido na sociedade. Nesse processo, a reabilitação da vida social dos indivíduos é um aspecto central. Do mesmo modo, o serviço social começa a se ocupar das condições objetivas de vida dos pacientes, orientando e consolidando políticas públicas que correspondam às necessidades para que esse usuário conviva em sociedade (ROCHA 2012).

A discussão na área de saúde mental, durante a história do serviço social, não foi objetiva no sentido de sua formação. Ao romper com o pensamento conservador e a aproximar-se da teoria marxista, os estudos continuaram voltados para as questões mais evidentes da relação capital/trabalho, o que resultou num vazio metodológico com relação a discussões mais aprofundadas na área de saúde mental. Até o início dos anos 2000, havia somente cinco artigos e dois livros <sup>10</sup> nessa área (BISNETO, 2007).

Foi visto que apesar do serviço social estar sempre presente, desde a década de quarenta, a inserção significativa de profissionais só se deu na época da ditadura, e mesmo essa inserção ainda estava atrelada aos interesses do Estado, que visava apenas o controle social ao invés do tratamento efetivo dos adoecidos. Com o passar dos anos, a organização dos profissionais da área da saúde e surgimento de movimentos de luta antimanicomial, o serviço social acompanhou essas movimentações, mas sem um debate teórico aprofundado dentro da própria profissão sobre tal tema.

Durante esse processo de inserção das assistentes sociais na área de saúde mental, houve vários processos históricos que os inseriram na luta por direitos humanos dos usuários do sistema de saúde mental, juntamente com os demais profissionais que atuaram nessa área.

---

<sup>10</sup> “formação e treinamento de equipe psiquiátrica: papel do assistente social” de Maria Laertina de Sabóia (1976); “procedimentos metódicos de uma intervenção num fenômeno social” de Maria Alice Gouveia (1982); “dados para uma análise da prática profissional na área de Saúde Mental” de Gilda Brant (1984); o Livro *Saúde Mental & Trabalho Social* de Lucia Gonsalves (1983); “serviço social e Interdisciplinariedade: “O exemplo da Saúde Mental” e “O movimento de higiene mental e a emergência do Serviço Social no Brasil e no Rio de Janeiro” de Eduardo de Vasconcelos (2000); e o livro *Saúde mental e Serviço Social* também de Eduardo Vasconcelos (2000).

Importante afirmar que o campo de atuação é um campo de disputa constante e que atuar na problemática social não é exclusividade do serviço social. Nesse campo de trabalho interdisciplinar em que os serviços sociais se inserem, é importante perceber as delimitações da profissão e até que ponto as suas atribuições e competências podem chegar.

O trabalho coletivo não impõe a diluição de competências e atribuições profissionais. Ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas e o cultivo da identidade profissional, como condição de potenciar o trabalho conjunto. O assistente social mesmo realizando atividades partilhadas com outros profissionais dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações (IAMAMOTO, 2002, p. 87).

Pela inserção histórica das assistentes sociais nessa área, marcada por muitas lutas, essas profissionais têm seu espaço de atuação garantido e reconhecido dentro de tais equipes. Ademais, existem documentos legais que regulam e normatizam a atuação na saúde mental: a lei nº 8.662 de 1993, que regulamenta a profissão, o código de ética profissional, as resoluções do CEFESS nº290, nº383 de 1999 que caracteriza a assistente social como profissional de saúde; e a nº 493 do ano de 2006 que dispõe das condições técnicas e éticas do exercício profissional da assistente social (ROSA E MELO, 2009).

Esses marcos legais demonstram a importância da inserção das assistentes sociais na luta antimanicomial devido a sua participação na construção e atuação na luta pela reforma psiquiátrica. As profissionais trabalham na garantia de direito dos usuários, bem como na sua reinserção na sociedade após o período em que esses indivíduos passaram nas instituições psiquiátricas.

Nos últimos anos, vem se aprofundando estudos e pesquisas na área de saúde mental. A inclusão de assistentes sociais em movimentos sociais de luta antimanicomial vem sendo de extrema importância na garantia de direitos dos usuários desse serviço.

A atuação da assistente social tem um grande papel, principalmente no que diz respeito a desmistificação e enfrentamento do preconceito que envolve as pessoas portadoras de transtorno mental. A atuação se dá na reinserção no meio social, garantindo o direito de convivência desses indivíduos.

O Centro de Convivência Inverso surge nesse contexto de reinserção social e enfrentamento de estigmas de pessoas portadoras de transtorno mental e que vieram de instituições e internações psiquiátricas.

## **2.2. O CENTRO DE CONVIVÊNCIA INVERSO, MODELO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

A INVERSO – Centro de Convivência e Recriação do Espaço Social – foi criada em março de 2001, idealizada por uma equipe do Movimento Pró Saúde Mental, profissionais da saúde, usuários dos serviços de saúde mental, artistas, assistentes sociais e universitários. É um espaço que surge a partir da sociedade civil como uma organização não governamental, mantida por contribuições permanentes e ocasionais, doações, rifas, bazares e com o trabalho de profissionais voluntários.

Situa-se na Asa Norte, na quadra 408, Boco B, subsolo. O local é bastante movimentado por se tratar de uma quadra comercial. Funciona como centro de convivência que oferece várias atividades como: oficinas de mosaico, informática, artesanato, canto, aulas de inglês, informática, entre outras atividades que são programadas de acordo com a demanda trazida pelos frequentadores e voluntários do espaço.

O Centro de Convivência INVERSO se coloca como um dispositivo público que inicia uma rede de atenção substitutiva em saúde mental e que visa o oferecimento de um espaço de sociabilização, produção cultural e intervenção na cidade, espaço de discussão e reflexão dos temas associados a saúde mental e defesa e garantia de Direitos Humanos às pessoas portadoras de transtorno mental no Distrito Federal e região, conforme consta em seu Estatuto. ( INVERSO, 2001)

Centro de Convivência Inverso tem uma disposição completamente distinta de uma instituição tradicional – lembrando uma casa com fogão, geladeira, mesas, copa, sofá, computador etc. Rompendo com uma estrutura que lembra a hospitalar ou institucionalizante.

O modelo de uma casa transporta consigo ideias e experiências concretas e complexas de reaprendizagem da organização do tempo e espaços, com ritmos

domésticos e afetivos. O uso de objetos e oportunidades da vida diária, não se concentra nas orientações excessivas de cuidado, pelo contrário, foca-se nas demandas peculiares de cada um, similar ao que realmente ocorre aos moradores de uma casa (PITTA, 1996).

Como atividades cotidianas, apresentam-se tarefas tais como lavar-louça, preparar café, limpar o chão/banheiro e cozinhar, que podem parecer simples para alguns, mas que fazem parte do resgate de identidade. Assim, o frequentador<sup>11</sup> redescobre seu lugar em casa e na sociedade. Esse processo desperta capacidades e, além disso, é uma ferramenta de troca de experiências, onde não só se aprende, mas também se ensina (NASCIMENTO, 2009).

Tendo em vista esse conceito, o modelo de desinstitucionalização aplicado pelo Centro de Convivência Inverso não é a abordagem da desospitalização promovida na reforma de 1978, conforme já foi abordado, na qual resultou no abandono de grandes parcelas da população internada nos hospitais psiquiátricos, ou que apenas transferiu esses indivíduos para outros modelos de internação como casas de repouso ou abrigos. Esse processo está mais voltado para a geração de novas perspectivas de vida e não somente a mudança de local de atenção a esses usuários.

Segundo Rotelli (2004) *apud* Amorim e Dimenstein (2009, p. 203),

Um desafio seria, então, o de viabilizar que a circulação desses moradores na vida cotidiana, na cidade múltipla, diversa e imprevisível, comporte a possibilidade de encontros “aumentativos de potência”, produzindo liberdade e vida. E que essa viabilidade seja tomada como algo que espontaneamente vai se fazendo também para além e aquém das ações dos profissionais de saúde, desde que as intervenções por eles realizadas nesse contexto sejam constantemente objeto de reflexão, não se reproduzindo em “pequenos manicômios”.

Assim sendo, esse modelo de desinstitucionalização proposto no modelo da INVERSO dá atenção não somente a área relacionada a saúde mental do indivíduo, mas também os contextos sócio-históricos e culturais dos mesmos.

---

<sup>11</sup> Os indivíduos que frequentam a inverso gostam de ser chamados de “Frequentadores”, devido ao estigma da palavra “Usuário”. Alguns deles tem um histórico de abuso de drogas e internações por isso para evitar o termo que remeta a essa situação é usado o termo Frequentador.

Segundo AMARANTE (1996), o trabalho desse modelo se trata de ampliar o próprio conceito de cidadania, no sentido de admitir que existe uma pluralidade de sujeitos. Trata-se também de dar um real sentido de cuidado a esses indivíduos, o direito de não serem excluídos, violentados ou discriminados. De serem reconhecidos como sujeitos com desejos e projetos próprios a serem realizados.

A partir das experiências vividas no centro de convivência, se percebeu que os indivíduos encontram na INVERSO um local de resignificação e/ou reestruturação do seu papel social.

Papel social: um conceito fundamental para definir a identidade social dos indivíduos. Em R. Linton (1936), para o qual o ponto de partida é a sociedade, o papel está ligado aos conceitos de norma e de modelo cultural. A norma é uma obrigação de desempenhar um papel, um constrangimento social que liga o indivíduo a um ou a vários grupos. A norma serve para descrever e explicar as uniformidades do comportamento dos membros de um mesmo grupo. Os papéis prescritos são regras sociais. Representam modelos abstractos apresentados pelo grupo. O conceito mais ligado ao papel é o de estatuto ou posição social [...] o papel é tomado em sentido institucional e manifesta-se pelo consenso dos membros do grupo que fundamenta as expectativas recíprocas desses indivíduos. As expectativas de função são acções esperadas daquele que ocupa uma posição e que é suposto ter sido socializado para esse efeito. Para executar um papel, o sujeito tem pois de estar a par dos direitos e deveres da posição que ocupa. As expectativas podem especificar de maneira estrita o comportamento requerido ou serem simplesmente indicações que oferecem ao actor a possibilidade de desempenhar livremente o seu papel [...].( BOUDON, 1990 p,186)

Nesse espaço, são desenvolvidas atividades como oficinas de artesanato, informática, música, mosaico, inglês, culinária, jogos, bateria de samba, entre outras, além de acompanhamento terapêutico<sup>12</sup>. Mas o espaço do centro vai além disso: é um espaço de escuta e apoio desses frequentadores na volta ao convívio fora da internação e nessa busca por um novo papel social, um espaço de resignificação desse indivíduo e ferramenta de uma nova delimitação do seu lugar na sociedade.

Dentro da concepção capitalista, é papel do indivíduo ser produtivo e não atendendo a característica de máxima produção e lucro máximo, é visto como quem

---

<sup>12</sup> Serviço oferecido por psicólogos que acompanham os frequentadores da Inverso em suas atividades diárias como, por exemplo, estudar para o vestibular, ir ao cinema, passear no parque, dentre muitas outras atividades que os frequentadores escolherem.

não goza de seu perfeito estado ou perfeita saúde, adquirindo assim, um estigma de ser adoecido, incapaz ou improdutivo. No caso do adoecimento mental, é tido como delirante, inútil, incapacitado ou perigoso.

Durante o período de estagio em uma conversa com um frequentador, houve a seguinte fala:

“Eu trabalhava muito antigamente, já trabalhei ate no Porto de Santos, carregando e descarregando navio. Mas depois dos surtos, passei por vinte e oito internações, daí não trabalhei mais... Voltei a trabalhar depois que conheci a inverso. Quando a gente esta na clinica, eles dão tantos remédios pra gente, que a gente não consegue fazer nada. Nossas emoções ficam congeladas, a INVERSO é o sol que descongela essas emoções!” (Diário de Campo)

No centro de convivência em questão, uma das formas que os portadores de transtorno mental encontram para se tornarem produtivos foi a realização de oficinas e a produção de artesanato, mosaicos, quadros, objetos de decoração, colares, entre outros objetos que são comercializados por eles, tornando-se uma nova forma de renda.

Para além dos artesanatos e obras de arte produzidos na Inverso, são reproduzidas relações sociais e de cuidado ente os próprios frequentadores, que entre si se auto organizam e acabam criando uma espécie de família que se cuida e se apoia nos seus momentos de dificuldades cotidianas.

Uma das características da inverso é também a autonomia dada aos frequentadores, com relação a participação e organização das atividades. Os próprios frequentadores têm autonomia de participar ou não das oficinas propostas e até mesmo de findar uma oficina e propor outra que seja mais útil para eles naquele momento. Outro ponto importante é que alguns deles têm a chave principal do espaço, o que é de importante valor com relação a essa autonomia.

Percebe-se que os frequentadores encaram a INVERSO como uma casa idealizada aonde eles podem se expressar livremente, onde encontram um espaço para conviver, criar laços, fazer amigos, um espaço de escuta de suas dores e angustias, um espaço que os faz se sentir de novo em sociedade. Um espaço em que suas produções conseguem fazer com que se sintam realizados com suas próprias conquistas. (Relatório de estágio, 2011)

Tem por objetivo oferecer um espaço de convivência às pessoas acometidas de sofrimento mental; um lugar onde prevalece o diálogo, o cuidado, os direitos e a autonomia dos indivíduos, a inclusão social destas pessoas, a sensibilização da sociedade para a superação de exclusão e discriminação, e a luta por uma rede de serviços de saúde mental de qualidade.

Por ser uma instituição que foge ao modelo das demais instituições da RAPS do DF, não há hierarquia em sua organização, mas seu estatuto normatiza a participação de associados em 3 (três) categorias: associados fundadores, associados efetivos e associados contribuintes.

Todos os associados têm direito a participar de assembleias gerais, votar e serem votados para cargos eletivos, funções e comissões, bem como exercê-los. Todos têm o dever de zelar pelo nome da organização, e guardar sigilo sobre a vida pessoal dos associados. (INVERSO, 2001)

Nesse estatuto também são regulamentadas as práticas da administração da ONG, da assembleia geral, da diretoria, do conselho fiscal, do conselho constitutivo, dos recursos, do patrimônio e da liquidação do orçamento.

A hierarquia também não se dá entre os frequentadores e voluntários, todos têm igual direito de escolha e participação nas atividades da instituição. A proposta é ser um espaço de desinstitucionalização da saúde mental, incluindo os que frequentam, a partir de sua vida cotidiana.

Pelo rompimento, quase que total, de estruturas hierárquicas de poder e cotidiano institucional se dá de forma relativamente espontânea é que a Inverso mostra-se como excepcionalidade dentro de padrões rígidos e frentes dentro da ordem do capital.

A INVERSO apresenta uma proposta inovadora no campo da saúde mental, uma alternativa às políticas do Estado e mostra-se diferente à ótica de controle social em sua estrutura operativa e organizacional.

Os frequentadores geralmente são pacientes oriundos do Instituto de Saúde Mental - ISM, CAPS, ou outros serviços de saúde mental, alguns já foram internados em hospitais psiquiátricos. A participação desses “frequentadores”, maneira como preferem ser chamados, não é obrigatória, e nem é preciso de cadastro na



instituição. Trata-se de um espaço aberto de livre convivência, aonde os frequentadores vão o dia que querem e fazem lá as atividades que querem participar. Há algumas oficinas pré-definidas para cada dia da semana, mas nada é mandatório.

Eva Faleiros, uma das fundadoras do Centro de Convivência Inverso, descreve o público alvo em uma conversa:

“Nós trabalhamos com adultos que tem transtorno mental, que tem sofrimento psíquico grave, não trabalhamos com dependência de drogas por que não temos especialidade nisso, e a grande maioria são homens. O que nos fez pensar que é da cultura, pelo menos ocidental, não sei em outros países, o homem, o lugar dele é publico, é fora, é na rua, é trabalhando, é no bar, é jogando futebol e a mulher é em casa. Então a pessoa que tem transtorno mental ou esta em sofrimento, a mulher sempre tem um espaço, tem o espaço da casa, o cozinhar, o cuidar dos filhos, o cuidar de alguém e o homem fica sem espaço. Então nós somos este espaço em que eles não são cobrados, de ser homem de sucesso, mas de ser uma pessoa que sim, são muito produtivos. Esse preconceito de que eles ‘não dizem coisa com coisa’ se resolve se tiver espaço, as pessoas se expressam de maneira que a gente entende, e se não entende, tem ou tenta entender.” (Diário de Campo, 2011)

A maioria dos frequentadores da Inverso vem de longos períodos de internação, o que influenciaram, de forma significativa, sua trajetória de vida. Muitos deles perdendo completamente o senso de convívio social e até mesmo de atividades básicas do dia-a-dia.

A assistente social atua nesse cenário numa perspectiva que contraria a regra das instituições em que o Serviço Social se insere. A proposta de trabalho multidisciplinar agrega desafios ao trabalho profissional visto que, muitas vezes, o serviço social encontra dificuldades em se localizar nas nuances que vão para além das demandas específicas.

A prática cotidiana do Serviço social manifesta-se numa sociedade onde, hoje em dia, ocorrem rápidos processos de transformação dos objetivos e técnicas da prática, exigindo do assistente social, portanto, uma ação dinâmica quanto às exigências das transformações da sociedade capitalista industrial. (VAN BALEN, 1983 p. 96)

Essas assistentes sociais atuam na reinserção social dos usuários, acesso a direitos sociais, benefícios e políticas públicas. Não possuem instrumentais fixos, visto que a dinâmica do centro de convivência é diferenciada, mas exercitam a instrumentalidade da escuta qualificada e construção coletiva.

Existem reuniões periódicas para a discussão de melhorias no trabalho e avanços feitos com os frequentadores e como esses avanços e melhorias podem ser mais efetivas. O Serviço Social planeja as suas ações de acordo com a demanda dos usuários que atendem, pois não seria de grande valia para os assistentes sociais não realizarem tarefas que sejam de auxílio para os frequentadores. (Relatório de Estágio)

Segundo o órgão ministerial, informações colhidas no sítio da Secretaria de Estado de Saúde (SES, 2016) do Distrito Federal, a projeção estatística revela a média de 75 mil pessoas com transtornos severos e 225 mil com situações psiquiátricas alteradas, precisando de assistência no Distrito Federal.

É nessa conjuntura que a INVERSO se insere. Com a fragilidade na rede de serviços substitutivos e a sobrecarga nos CAPS e demais serviços de atenção à saúde mental, A INVERSO pode ser considerada um espaço de referência na luta antimanicomial, pois desde a sua criação tem um compromisso em reinserir os seus frequentadores em uma vida cotidiana em sociedade, como proposto nos modelos de construção de centros de convivência.

Como foi possível perceber nos relatos das experiências em centros de convivência espalhados pelo Brasil, assim como na bibliografia citada e analisada, os centros de convivência estão se consolidando como um inovador dispositivo na inclusão de pessoas com algum acometimento mental. Eles inserem novas tecnologias em resposta aos desafios do cuidado e da inclusão social. Dessa forma, se reafirmam como experiências inovadoras, tal como foi descrito pela Portaria nº 396 de julho 2005.

Em diversas discussões realizadas em suas pesquisas, Cambuy (2010), Zgiet (2010) e Ferreira (2014) puderam concluir que em muitos municípios do país, como Belo Horizonte, Campinas e São Paulo, os CECO'S estão se consolidando por seu importante papel na inclusão social das pessoas que fazem uso desses dispositivos. As atividades coletivas facilitam a construção de novos vínculos sociais, solidários, autonomia, cidadania.

Esses espaços dos centros de convivência, oferecem sociabilidade, produção artística e cultural, além de possível geração de renda. Diversas faixas etárias transitam por esses centros, usuários de outros serviços de saúde mental e diversas

peessoas em todo tipo de risco e vulnerabilidade social. A grande importância desses locais extrapola as possibilidades descritas, uma vez que oferecem para os adoecidos mentais um território para articulação com a vida cotidiana e cultural, possibilidade esta que geralmente lhes é recusada.

O Distrito Federal terá até dezembro de 2017 para construir e implantar 25 RT's e 19 CAP's com vistas ao atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. A não execução da ordem judicial implicará em multa diária de R\$ 10 mil. O prazo foi estendido pela 1ª Turma Cível do TJDF no recurso do DF contra sentença de 1ª Instância, que estipulou, em setembro de 2013, prazo de 1 ano para cumprimento da obrigação (MAXPRESS, 2016).

A Ação Civil Pública foi ajuizada pelo MPDFT a partir do Procedimento de Investigação Preliminar nº 08190.13193/08-75, que teve origem no ofício encaminhado pelo juiz da Vara de Execuções Penais ao Governador do DF. No documento, o magistrado relatou a situação caótica do sistema prisional e solicitou a adoção de medidas urgentes, entre as quais a indicação de residência terapêutica aos detentos com transtornos mentais recolhidos, por força de Medida de Segurança, na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), localizada no Presídio Feminino.

Como foi relatado, a estrutura da RAPS no DF precisa ser reforçada e existem varias tentativas, inclusive nos meios legais, para que a reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização da saúde mental seja amplificada. Com tais premissas, a rede em saúde mental da capital do país deveria ser exemplo para os demais UF's, mas o que vemos é justamente o contrário, o DF apresenta um dos piores índices do país em cobertura de CAPS, como mencionado anteriormente.

Com a implementação dos demais CAPS, RTs e serviços de atenção em saúde mental, como os serviços ambulatoriais com leitos em hospitais comuns para atendimento de portadores de transtorno mental, a INVERSO se tornaria um serviço complementar a essa RAPS. O que seria o ideal, pois, além dos serviços oferecidos pela INVERSO, os frequentadores teriam apoio e acesso a outros serviços em saúde mental.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho teve como objetivo compreender o processo histórico de luta antimanicomial, a inserção e trajetória das assistentes sociais na luta antimanicomial, o histórico do centro de convivência inverso e a sua importância como referência na luta antimanicomial no Distrito Federal e região.

Sabe-se das limitações que existem na elaboração de um trabalho de conclusão de curso, mas o que temos aqui é um esforço de apreender com base em uma revisão bibliográfica e a experiência vivenciada no espaço do centro de convivência essa trajetória na luta antimanicomial.

Inicialmente, o trabalho atenta para o histórico de luta antimanicomial aonde se apresentam todas as barreiras e os avanços alcançados pelos profissionais que atuavam nessa área na tentativa da implementação de um tratamento mais humanizado para as pessoas acometidas de algum adoecimento mental. Não fossem os esforços inegáveis desses profissionais que tiveram a coragem de questionar o modelo manicomial, os adoecidos ainda estariam trancados em hospitais psiquiátricos e esquecidos pela sociedade.

Com a análise da situação de luta antimanicomial brasileira podemos averiguar que os profissionais em serviço social foram inseridos de forma precária nesse serviço, mas tiveram papel fundamental na garantia de direitos desses usuários. Com os movimentos de reconceituação, a regulamentação da profissão e a inserção na área da saúde, foi visto de forma o delineamento das atribuições da assistente social nesse meio.

A atuação do serviço social nessa área perpassa a área da saúde e social de cada usuário, entendendo-o em sua totalidade. Sendo de grande importância o trabalho do assistente social dentro das equipes transdisciplinares na promoção de saúde e percebendo os efeitos causados pela relação dos usuários e suas relações sociais.

Num contexto histórico, percebe-se que se avançou com a legislação em relação a desinstitucionalização e criação de uma rede de apoio em saúde mental.

Mas vemos também, as falhas nesse processo, como as dificuldades de implementação de alguns serviços.

No Distrito Federal, a situação da rede de atenção em saúde mental passa por uma dificuldade de implementação, o que acaba causando algumas fragilidades no atendimento aos usuários. Trata-se de uma rede precária em comparação às outras UF, com falta de atendimento em alguns serviços, e atraso na implementação de outros. Ainda temos atendimento em hospital psiquiátrico, para onde é destinada grande parte da verba para a área de saúde mental, além de problemas na gestão de políticas nessa área. Os procedimentos da saúde mental ainda se apresentam, em grande parte, medicamentosos e baseados em um modelo hospitalocêntrico.

Indo em contrapartida a isso, temos a INVERSO com um modelo que se apresenta de forma inovadora na reinserção social dentro dessa lógica de desinstitucionalização. Esse espaço pode ser considerado como um lugar de referência nessa luta por continuar funcionando apesar de todas as dificuldades e deficiências na rede de saúde mental, e por ir contra toda uma lógica de estado. Além disso, Consegue se manter com independência de entidades governamentais e privadas.

Seguindo essa lógica, a INVERSO rompe com tais estruturas capitalistas, tornando esse espaço uma experiência inovadora e ao mesmo tempo desafiadora. Para as assistentes sociais trabalharem nesse espaço, é preciso passar por grandes desafios, que têm que ser transpostos de forma diária. A atuação de tais profissionais é de extrema importância para a garantia da autonomia e inserção desses indivíduos na sociedade, na garantia de direitos e acesso a esses direitos.

A INVERSO pode ser encarada como ponto de referência nesse sentido, uma vez que oferece um serviço de qualidade galgado nas premissas da desinstitucionalização da saúde mental. Podemos, com isso, concluir que ela se insere na luta antimanicomial do DF de forma vanguardista, oferecendo um serviço de apoio a rede de saúde mental e garantindo que ocorra um modelo efetivo de desinstitucionalização.

Destarte, surgem questionamentos e preocupações sobre o futuro da saúde mental no Distrito Federal. Como pudemos notar a rede de saúde mental é fragilizada e não consegue abarcar todos os usuários que necessitam desse serviço.

Só existe um centro de convivência implementado, e mesmo esse centro de convivência não surgiu por iniciativa do governo e não recebe uma verba efetiva do Estado para o seu funcionamento, ressaltando ainda mais a fragilidade com o compromisso de desinstitucionalização desses indivíduos.

Vimos também que apesar de portarias e leis que regulamentem e até mesmo apliquem multas caso não sejam cumpridas as implementações de mais CAPS e a iniciação da aplicação das RT's, ainda existem muitas barreiras por parte das gestões do governo que utilizam da burocracia como forma de colocar tais programas em segundo plano.

Devido a isso, deve-se demonstrar preocupação quanto as perspectivas com relação a RAPS do DF. E continuar com a manutenção da INVERSO como espaço de resistência e referência na luta antimanicomial, reconhecendo a importância desse espaço na vida dos seus frequentadores e possíveis novos frequentadores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AMARANTE, P. **“Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil”**. In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Organização: Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

\_\_\_\_\_, P. **O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.735-60.

\_\_\_\_\_. **Reforma psiquiátrica e epistemologia**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 2009. <Disponível em: [www.abrasme.org.br/cbsm/revista/](http://www.abrasme.org.br/cbsm/revista/) > Acesso em: 20/02/2016.

AMORIM, A. K. de M. A.; DIMENSTEIN, M. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico**. Ciência saúde coletiva, v. 14, n.1 Rio de Janeiro, janeiro/fevereiro, 2009, p.195-204. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025)> Acesso em: 01/03/2016

BALLARIN, M. L. G. S., CARVALHO F. B.; FERIGATO, S. H. **Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental**. O mundo da Saúde, São Paulo, 2009. p. 218-224. Disponível em: <[static.recantodasletras.com.br/arquivos/542863.pdf](http://static.recantodasletras.com.br/arquivos/542863.pdf)> Acesso em: 22/02/2016.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da pratica**. São Paulo. Editora Cortez, 2007.

BOUDON, Raymond e outros. **Dicionário de Sociologia**. Lisboa: Publicações Dom Quixote. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 396**. Brasília-DF, Brasil: Ministério da Saúde; 7 de julho de 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-396.htm>> Acesso em: 15/02/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088**. Brasília-DF, Brasil: Brasil SUS; 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>> Acesso em: 25/02/2016.

BREILH, J. **Epidemiologia, Economia, Política e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMBUY, K. **Experiências comunitárias em Saúde Mental: repensando a clínica psicológica no SUS**. Tese (Doutorado). Campinas (SP): Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2010.

CARVALHO, A. I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p.735-759.

CORADO, Linniker. **Diário de Campo em Serviço Social**. 2011

CORADO, Linniker. **Relatório de Estágio Supervisionado em Serviço Social**. 2011

DISTRITO FEDERAL. **Plano diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011 a 2015**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2010.

FERREIRA, P. H. R. **Centro de Convivência e Cultura e suas repercussões na vida de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial**. 2014. 128 f.



Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2014.

GALLETTI, M. C. **Oficina em saúde mental: Instrumento terapêutico ou intercessor clínico?** Goiânia: Editora Universidade Federal do Goiás, 2004.

IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional: espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: **Atribuições privativas do(a) assistente social em questão**, Brasília: CFESS, 2002.

INVERSO. **Estatuto do Instituto de Convivência e Recriação do Espaço Social – INVERSO**. 2001. (Disponível no acervo de documentos da INVERSO)

LEFEBVRE, H. **Lógica formal e lógica dialética**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.

LOPES, R. E.; LEÃO, A. **Terapeutas ocupacionais e os centros de convivência e cooperativas: novas ações em saúde**. Ver. Terapia Ocupacional. Universidade de São Paulo, São Paulo, maio/agosto, 2002, v. 13, n.2, p.56-63.

LUZ, C. VOLPATO, L. M. B. **Saúde mental no Brasil: A incumbência do assistente social na inclusão social das pessoas com transtorno mental**. Disponível em <  
<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/3549/3304> >  
 Acesso em: 04/03/2016.

MACHADO, D.R. **Uma experiência de empoderamento: uma narrativa**. 105 f. 2014. Monografia apresentada para a conclusão do curso de Psicologia. Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília (DF), 2014.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras Editora, 2001, 159p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 29º ed. Petropolis, RJ : Vozes, 2010. (Coleção Temas Sociais).

MOVIMENTO PRÓ SAÚDE MENTAL NO DF. **Como anda a Saúde Mental na capital do país? Uma amostra da realidade da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal.** Brasília, 2013.

NASCIMENTO, L. B. R. A. **O Centro de convivência inverso como lugar ao homem acometido de transtorno mental.** 26 f. 2009. Artigo apresentado ao curso de graduação em Serviço Social. Universidade Católica de Brasília, Taguatinga (DF), 2009.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** São Paulo: Cortez, 1991.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, ORGANANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo, 2001. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra: OPAS/OMS, 2001.

PESSOTTI, Isaias. **O Século dos Manicômios.** São Paulo: Editora 34 Ltda, 1996, <disponível: <http://www.books.google.com.br>> Acesso em: 26/02/2016.

PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996.

ROCHA, T. S. **Saúde mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais: Limites, desafios e possibilidades.** 76 f. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Serviço Social na Universidade Federal Fluminense, Polo universitário rio das Ostras, Rio de Janeiro, 2012.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. E MAURI, D. **Desinstitucionalização (2ª ed).** São Paulo: Hucitec, 2001. p. 112.

SKALINSKI, L. M. e PRAXEDES W. L. de A.. **A abordagem marxista aplicada aos métodos de investigação em saúde.** Maringá (PR): Acta Scientiarum. Human and Social Sciences, v. 25, no. 2, 2003.

TENÓRIO, F. Questões para uma atualização da agenda da reforma psiquiátrica. In M.C.V. Couto & R.G. Martinez (Orgs.). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para agenda da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: NUPPSAMP/IPUB/UFRJ, 2007. p. 11-25.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1992.

VAN BALEN, A. D. J. **Disciplina e Controle da Sociedade – análise do discurso da prática cotidiana**. Editora Cortez. São Paulo, 1983.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

ZGEIT, J. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação**. 156 f. 2010. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Política Social – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

MAXPRESS. Disponível em: <<http://www.maxpressnet.com.br>> Acesso em: 25/02/2016

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 27/02/2016